UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1956

N° 120

DES PASTEURELLOSES HUMAINES

A propos d'une observation récente

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 25 Juillet 1956

PAR

Gérard, François, Jean VARIERAS

Diplômé de Médecine Tropicale.

Elève de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine et des Troupes Coloniales.

Né le 20 Novembre 1929 à PARIS (XIX)

Examinateurs de la Thèse

MM. AUBERTIN, Professeur..... Président

DE GRAILLY, Professeur..... Juges

LAVIGNOLLE, Agrégé..... Juges

DAVID-CHAUSSE, Agrégé..... Juges

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU NONTRONNAIS

J. BARBEZIEUX, Sr

6, rue Sainte-Eugénie, 6

1956

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547309_0045

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1956

N° 120

DES PASTEURELLOSES HUMAINES

A propos d'une observation récente

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 25 Juillet 1956

PAR

Gérard, François, Jean VARIERAS

Diplômé de Médecine Tropicale.

Elève de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine et des Troupes Coloniales.

Né le 20 Novembre 1929 à PARIS (XIX)

Examinateurs de la Thèse

MM AUBERTIN, Professeur..... Président

DE GRAILLY, Professeur..... } Juges

LAVIGNOLLE, Agrégé ..... } Juges

DAVID-CHAUSSE, Agrégé... ..... } Juges

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU NONTRONNAIS

J. BARBEZIEUX, Sr

6, rue Sainte-Eugénie, 6

1956

R. UNIV. BIBLIOTHÈQUE

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, CHELLE, PORTMANN.

DOYEN : M. SIGALAS — **ASSESSEUR :** M. TAYEAU

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, ANDERODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, CHARRIER, DUBREUIL, CRUCHET, PERRENS, BEAUVIEUX, CREYX, MAURIAC

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	DE GRAILLY, BROUSTET
Clinique chirurgicale	PAPIN, MASSÉ
Clinique d'accouchements	RIVIERE
Clinique gynécologique	MAGENDIE
Anatomie pathologique et microscopie clinique	N
Anatomie	DUFOUR
Anatomie générale et hystologie	MAYER
Hygiène et Clinique de la Tuberculose	PIECHAUD
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE
Electroradiologie et Clinique d'électricité médicale	REBOUL
Chimie	MESNARD
Matière médicale	GOLSE
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN
Zoologie et parasitologie	SIGALAS
Pathologie générale et expérimentale	SARIC
Clinique ophtalmologique	BESSIERE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	POUYANNE
Clinique médicale et des maladies infectieuses	AUBERTIN
Chimie biologique et médicale	TAYEAU
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomalogique	DUBECQ
Botanique et cryptogamie	GIRARD
Thérapeutique	TRAISSAC
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	DUBARRY
Carcinologie	LACHAPÈLE

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL : M. BLANQUET (Physique pharmaceutique)

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM MAHON (Obstétrique), PAUTRIZEL (Parasitologie), Mlle ROUGIER (Physiologie) M. MOUSTARDIER (Bacteriologie)
CAZAUX Pharmacie (3e section)

MAITRES DE CONFERENCES AGRÉGÉS :

	MM.
Anatomie pathologique	LÉGER
Anatomie	RIGAUD, CABANIE
Biochimie médicale	NEUZIL
Pathologie expérimentale	FAURE
Physique médicale	DUHAMEL
Pharmacie (1re section)	R. GOLSE, ROMAIN
Pharmacie (2e section)	MASQUELIER, QUILICHINI

CHARGÉ DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

M. R. STOLL (Histologie)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Médecine générale	BERGOUIGNAN, LENG-LEVY, MORETTI, LAVIGNOLLE
Chirurgie générale	**MARTIN-DUPONT**, DAVID-CHAUSSE, J. RIVIERE, LAUMONIER, CHAVANNAZ, VILLAR, TINGAUD, DEPAULIS, DARMAILLACQ
Obstétrique	CHASTRUSSE, FAUGÈRE
Ophtalmologie	CORCELLE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS, M. PORTMANN
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
Pédiatrie et puériculture	VERGER
Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE
Odonto-Stomatologie	BENOIT
Urologie	LANGE
Neurologie et psychiatrie	BLANC
Pneumo-phtisiologie	FREOUR

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER
Accouchements	CHASTRUSSE, FAUGÈRE
Puériculture	VERGER, PÉRY
Législation pharmaceutique	COUSTOU
Cryptogamie	LAUBIE
Obstétricie sociale	MAHON
Organographie et physiologie végétale	TEMPERE
Chimie biologique analytique	MARQUEVIELLE
Chimie analytique	BABIN
Pathologie chirurgicale	VILLAR, CHAVANNAZ, TINGAUD, DARMAILLACQ, LAPORTE
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER
Physiologie	BENELLI
Toxicologie et Hygiène	Mlle LARCEBAU
Phytopharmacie	CORTESI
Droit medical international	AUBY
Medecine legale	L'ÉPÉE
Semeiologie medicale	LAVIGNOLLE
Semeiologie chirurgicale	DEPAULIS
Embryologie	STOLL
Pathologie medicale	BERGOUIGNAN, LEVY, MORETTI, DAVID-CHAUSSE, RIVIÈRE, MARTIN-DUPONT

Le Secrétaire principal de la Faculté : GAYRAUD

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES PARENTS

A MA FEMME

En témoignage de mon amour.

A MA FILLE CHRISTINE

A TOUS LES MIENS ET A MES AMIS

A NOS PROFESSEURS DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE
ET DE LA FRANCE D'OUTRE-MER

A NOS MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

Au Docteur J. LENG-LÉVY

Qui a bien voulu nous ouvrir son service.

En reconnaissance de son amabilité et de sa compétence.

Au Docteur André SERRES

Qui nous a inspiré ce travail.

En reconnaissance de son aide et du bon accueil que nous avons toujour reçu.

A Monsieur le Médecin-Général de 2e Classe LAHILLONNE

Directeur de l'Ecole Principale

du Service de Santé de la Marine et des Troupes Coloniales,

Médecin des Hôpitaux de la Marine,

Commandeur de la Légion d'honneur,

Croix de Guerre 1939-1945,

Officier du Mérite Maritime.

A Monsieur le Médecin en Chef de 1re Classe CONSTANS

Sous-Directeur de l'Ecole Principale

du Service de Santé de la Marine et des Troupes Coloniales.

Spécialiste des Hôpitaux Maritimes,

Officier de la Légion d'honneur,

Croix de Guerre 1939-1945,

A NOS JUGES :

MONSIEUR LE DOCTEUR DAVID-CHAUSSÉ

Agrégé de Médecine générale,

Assistant des Hôpitaux,

MONSIEUR LE DOCTEUR A. LAVIGNOLLE

Agrégé de Médecine générale,

Médecin des Hôpitaux,

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. DE GRAILLY

Professeur de Clinique médicale,

Médecin des Hôpitaux,

Membre correspondant de la Société Médicale

des Hôpitaux de Paris,

Médecin de la Fondation Bergonié

(Centre Anticancéreux),

Chevalier de la Légion d'honneur,

Chevalier de l'Ordre de la Santé publique,

Officier de l'Instruction publique,

Croix des Services militaires volontaires,

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur E. AUBERTIN

Professeur de Clinique médicale et des Maladies infectieuses,

Médecin des Hôpitaux,

Chevalier de la Légion d'honneur,

Croix de guerre 1914-1918,

Officier de l'Instruction publique,

Chevalier de l'Ordre de la Santé publique,

Qui a bien voulu nous faire le grand honneur de présider cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de notre gratitude et de notre profonde déférence.

DES PASTEURELLOSES HUMAINES

A propos d'une observation récente

I. — HISTORIQUE

On groupe sous le nom de pasteurelloses, les diverses manifestations cliniques de la maladie infectieuse, non épidémique déterminée chez l'homme par Pasteurella septica.

L'infection à Pasteurellae septica était connue depuis longtemps en pathologie vétérinaire, lorsqu'au début de ce siècle parurent les premières observations, montrant que l'homme n'était pas épargné par la maladie.

Chez l'animal, l'infection revêt un caractère de haute gravité et détermine des septicémies rapidement mortelles. C'est également à l'occasion de septicémies que furent décrites les premières observations humaines (Froenkel et Pielsticker en 1900, Brugnatelli en 1913), et Brugnatelli désignait le germe « einen Bacillus aus der Gruppe hémorragische Septikämie ». Mayer et Hopple, en 1923, se servent de la même appellation qui est heureusement erronée en pathologie humaine. En effet, de 1920 à 1940 furent surtout décrites des manifesta-

tions suppurées touchant avec prédilection les séreuses : pleurésies (citons les observations de TEISSIER, GASTINEL, REILLY et RIVALIER en 1922, de L. RIMBAUD, M. LISBONNE et P. RIMBAUD en 1931, de GAULE, RAVRY, BOY en 1943), méningites (observations de GRECOWITZ en 1929, de C. VINCENT en 1930); péritonite et péricardite (MAYER et HOPPLE en 1923).

En outre, en 1930, deux auteurs allemands, KAPEL et HOLM, décrivirent une nouvelle forme de l'infection se traduisant par une suppuration cutanée, localisée, due à une inoculation transcutanée du germe, par morsure d'animal. L'observation princeps de KAPEL et HOLM attira l'attention des auteurs allemands qui publièrent les années suivantes de nombreux cas identiques. Ce n'est qu'après 1941, date à laquelle LENORMANT fit connaître les travaux allemands que cette forme fut connue et diagnostiquée en France. Mais le diagnostic n'en était pas facile car la clinique est trompeuse, la recherche du germe au niveau des lésions est le plus souvent vaine, l'absence d'anticorps dans cette variété clinique ne permet pas de faire un sérodiagnostic. Aussi faut-il attendre 1949 et les travaux de REILLY montrant qu'il existe un état allergique chez le sujet atteint de pasteurellose cutanée, pour que le diagnostic soit à la portée de tout praticien. Depuis, les observations de pasteurellose cutanée se sont multipliées, montrant la fréquence non négligeable de la maladie, et sa relative bénignité par comparaison aux observations historiques. Celles-ci sont de plus en plus rares, au fur et à mesure qu'augmente la puissance de la médication anti-infectieuse.

Actuellement, l'intérêt de la maladie tient à la pathogénie de certaines complications évolutives de la pasteurellose, secondaire à une inoculation transcutanée.

Nous étudierons successivement, l'agent pathogène, sa transmission, les diverses formes cliniques de l'infection, leur physiopathogénie, leur diagnostic, leur traitement.

II. BACTERIOLOGIE - EPIDEMIOLOGIE

A. L'agent pathogène.

Les germes microbiens de la tribu des Pasteurellae se divisent en deux genres : les genres malléomyces et Pasteurella. Le genre Pasteurella comprend lui-même quatre espèces : P. Pestis, P. Tularensis, P. Septica et le Cillo Pasteurella pseudotuberculosis rodentium. Les pasteurelloses sont dues à P. Septica.

Ce germe, agent du choléra des poules a une place d'honneur dans l'histoire de la pathologie infectieuse; c'est avec lui que Pasteur découvrit la vaccination. Après les travaux de Pasteur on trouva chez divers animaux des germes extrêmement voisins de Pasteurella Septica de la poule. L'espèce Pasteurella Septica se subdivisa alors en avi, bovi, équi, cani, suis, ovi, capriseptica. On pourrait actuellement en citer d'autres, mais tous ces germes, plus ou moins adaptés à une espèce animale, sont en fait une seule et même espèce comme le prouvent les mêmes caractères morphologiques et tinctoriaux, les propriétés biochimiques comparables et la constitution antigénique.

Pasteurella septica est un cocobacille de 1 à 1,5 μ qui ne prend pas le Gram. Dans les produits pathologiques, il est capsulé et se dispose en courtes chaînettes. Par contre, en culture, il ne possède pas de capsule et est isolé ou en diplocoque.

Sa culture est facile sur tous les milieux. Peu exigeant, il pousse à 37° sur simple bouillon peptoné en donnant des colonies qui apparaissent à la surface du milieu sous forme d'amas floconneux.

Il ne coagule pas le lait, produit de l'indol en eau peptonée, noircit la gelose au plomb, réduit le rouge neutre. Il fait fermenter sans gaz l'arabinose, le galactose, le glucose et la glycérine. Il ne possède pas d'hémolysine.

Le pouvoir pathogène expérimental est marqué pour tous les animaux de laboratoire. L'inoculation par voie sous-cutanée ou intrapéritonéale détermine habituellement chez l'animal une septicémie à évolution suraiguë, avec maximum des lésions sur les séreuses et le tissu cellulaire sous-cutané. Le germe retrouvé chez l'animal inoculé doit être différencié du pseudo-tuberculosis rodentinum qui n'est pas capsulé, ne produit pas d'indol et fait fermenter le rhamnose contraitement à Pasteurella Septica.

La virulence du germe dépend de l'origine de la souche et c'est cette virulence qui différencie le mieux les diverses variétés de Pasteurella Septica. Le passage chez l'homme n'augmente ni ne diminue la virulence.

Toxines. — Pasteur avait montré que les troubles nerveux déterminés chez la poule par l'inoculation du germe, étaient dus à « un produit né pendant la vie du microbe et agissant sur les centres nerveux ».

Cette toxine dont la nature n'est pas très bien connue a un pouvoir œdémateux marqué et des affinités neurotropes (Reilly).

Constitution antigénique. — Chamberland et Jouan constatèrent à l'aide d'immuns sérums des agglutinations croisées entre les pasteurellae isolées sur diverses espèces animales. Ils conclurent à une communauté antigénique spécifique de l'espèce.

En réalité, des travaux plus récents semblent montrer une constitution antigénique plus complexe. Il existerait :

1° Un antigène capsulaire, spécifique du type, de nature polysacharidique.

2° Un antigène somatique, spécifique de l'espèce, commun à toutes les Pasteurellae septica.

Mais comme pour Pasteurella pseudotuberculosis, il n'existe pas de relation entre l'espèce animale sur laquelle a été isolée la pasteurella et le type de la pasteurella. C'est ainsi que CARTER trouve des souches buffalo et bovines de même type, alors que d'autres souches buffalo appartiennent à un autre type. De plus la spécificité de type est plus ou moins facile à mettre en évidence suivant la quantité d'antigène capsulaire. Or, la quantité d'antigène capsulaire d'une souche varie dans certaines conditions. On ne peut donc pas rattacher à tel ou tel type, la pasteurella isolée sur telle ou telle espèce animale. Il existerait un parallélisme entre la quantité d'antigène spécifique et la virulence de la souche.

Ces constatations corroborent les idées de CHAMBERLAND et JOUAN qui pensaient que les pasteurellae différaient entre elles par leur degré de virulence.

Habitat. — Pasteurella Septica vit en saprophyte sur la muqueuse buccopharyngée de nombreux animaux. LENORMANT signalait qu'à Munich les chats étaient infestés dans la proportion de 70 %. Ce saprophytisme existe sous toutes les latitudes et sur tous les continents. De temps en temps, soit à la faveur d'une exaltation de virulence, soit à la faveur d'autres conditions, ce saprophyte peut devenir pathogène pour l'animal et déterminer des épidémies graves.

Chez l'homme, il n'existe pas de saprophytisme. Lorsque, à la faveur de certaines conditions l'homme est infesté, la maladie n'est pas épidémique.

B. **Transmission du germe.**

Pasteurella Septica est un germe fragile en dehors de l'organisme. Il est sensible au froid, à la chaleur et à la dessication.

Ceci explique que la *transmission directe*, par voie transcutanée, à la faveur d'une morsure d'animal, soit la plus fréquente. De nombreux animaux, sont capables d'inoculer le germe. Les morsures de chat, de rat, de cobaye, sont le plus souvent retrouvées. Les chats sont infestés dans plus de 50 % des cas, et s'ils détiennent le record des morsures infectantes, le fait est dû aux rapports qu'ont ces félidés avec l'homme. La panthère, moins sociable, n'est trouvée qu'une fois dans la littérature. Les griffades d'un animal venant de se lécher les pâttes peuvent être également causes de transmission directe.

Un malade de REILLY s'était inoculé en dépouillant un poulet. Le cas rapporté par CLOVIS VINCENT, bien qu'exceptionnel, vaut d'être signalé : cet auteur ayant opéré une malade d'une tumeur temporale, employa des muscles de lapin pour faire l'hémostase. Après l'intervention, la malade fit une méningite purulente à Pasteurella Septica.

La transmission indirecte, plus rare en raison de la fragilité du germe n'en existe pas moins. Il peut s'agir d'objets coupants ou piquants, souillés par la salive d'un animal. Ainsi une malade de ROBERT WORMS s'était inoculée en se blessant avec une assiette ébréchée réservée à la nourriture du chat. Une malade de DE SÈZE fut inoculée par une éraflure de la main provoquée par le fil métallique du treillis d'un garde-manger. Des échardes de bois, des épines, peuvent être causes de blessures infectantes. Cette constatation est importante car elle montre qu'il ne faut pas *a priori* écarter l'éventualité d'une pasteurellose, sous prétexte que l'inoculation n'a pas été faite par une morsure ou une griffade.

La transmission directe par voie transcutanée, détermine la forme cutanéoganglionnaire de la maladie, la plus fréquente et mieux connue.

Mais lorsqu'il s'agit de manifestations cliniques qui ne sont ni concomitantes, ni successives à une pasteurellose cutanée, la pénétration du germe dans l'organisme est moins bien

connue. Les anciens auteurs pensaient que l'origine du germe était rhinopharyngée. Le germe ne vit pas en saprophyte chez l'homme. Mais l'ingestion d'aliments souillés peut sans doute créer un saprophytisme accidentel et à la faveur d'une excoriation buccopharyngée ou d'une inflammation rhinopharyngée, la pénétration du germe dans l'organisme aurait lieu. Plaidant pour cette hypothèse, voici quelques faits objectifs : chez certains malades où une voie d'entrée cutanée n'est pas évidente, il a été possible de trouver le germe dans le rhinopharynx du malade. En 1929, Georges Grecowitz décrivit deux méningites à Pasteurella Septica secondaires à des otites. Ludlam, enfin, a isolé Pasteurella septica dans le pus d'un abcès appendiculaire, ce qui prouve que le germe trouvait au niveau de l'appareil digestif des conditions d'existence favorables.

III. — CLINIQUE

Le mode de pénétration du germe, la résistance du sujet infecté et sans doute le degré de virulence de l'agent pathogène, expliquent les différentes formes cliniques de la pasteurellose humaine.

1° Forme cutanéo-ganglionnaire.

Elle est secondaire à l'inoculation transcutanée. Nous passerons successivement en revue ses manifestations habituelles, ses formes cliniques, ses complications.

a) *Manifestations habituelles.* — Avant la publication de LENORMANT en 1941, la symptomatologie de cette forme, essentiellement constituée d'un accident cutané à type de pseudo-furoncle et d'une lymphangite reliant le point d'inoculation aux ganglions collecteurs hypertrophiés, faisait porter suivant telle ou telle prédominance des symptômes le diagnostic de panaris, de lymphangite à pyogènes banaux ou même de réticulose bénigne d'inoculation. Ignorant la pasteurellose cutanée, on ne prêtait pas attention à certains caractères particuliers de la symptomatologie qui font actuellement suspecter le bon diagnostic. Ces caractères particuliers sont dus au germe et à sa toxine : le germe a normalement un pouvoir nécrotique peu marqué et une grande affinité lymphatique; la toxine, sécrétée dès le début de l'infection, montre d'une façon précoce son pouvoir œdémateux marqué et ses affinités neurotropes.

C'est cette toxine qui, très tôt après l'inoculation, dès la troisième ou quatrième heure, va donner un caractère particulier à la pasteurellose. A ce moment, au niveau de la porte d'entrée, se constitue un œdème rouge, chaud et douloureux. Très tôt aussi, en même temps que l'œdème apparaissent des douleurs névralgiques, tant au niveau de la morsure qu'à distance d'elle; le long du bras par exemple s'il s'agit de morsure du doigt. Il n'y a pas de nécrose mais vers la vingt-quatrième heure, la pression des bords de la plaie peut cependant faire sourdre quelques gouttelettes de pus où l'on met en évidence Pasteurella septica. La précocité et l'intensité de ces douleurs très caractéristiques sont un bon élément de diagnostic.

Pasteurella septica comme P. pestis ou P. tularensis est un germe lymphophile : rapidement les lymphatiques efférents sont atteints d'où la lymphangite qui survient le lendemain de la morsure. Les ganglions collecteurs s'hypertrophient; ainsi, en cas de morsure d'un doigt, les ganglions épitrochléens et axillaires seront tuméfiés. Le premier relai est souvent sauté. Ces adénopathies rénittentes, non adhérentes, sensibles au palper ne suppureront pas.

Tous ces phénomènes locaux s'accompagnent de manifestations générales plus ou moins importantes, se réduisant bien souvent à une légère élévation thermique. A la fièvre s'ajoutent parfois un malaise général, des céphalées, de l'asthénie. A moins de complication, l'évolution de la maladie est simple, soit spontanément, soit à la faveur d'un traitement anti-infectieux précoce. Les manifestations générales persistent quelques jours. Localement, la plaie se recouvre d'une croûte dont les bords restent rouges et œdémateux quelques temps. La lymphangite s'estompe, les adénopathies régressent et la guérison a lieu au deuxième ou troisième septenaire. Mais les complications évolutives sont très fréquentes et certaines sont si caractéristiques qu'elles mériteraient peut-être de faire partie de la symptomatologie. En décrivant les formes cliniques de la pasteurellose cutanée et ses complications, nous rapporterons des observations

cliniques où seront illustrés les symptômes dont nous venons de parler. Nous nous contenterons donc de citer une seule observation pour cette forme clinique la plus fréquente.

OBSERVATION I (Reilly, Tournier, Bastin).

Le 15 janvier 1952, Mme G..., 45 ans, en tuant un poulet, est contusionnée au médius de la main droite par un mouvement brusque de l'animal; quelques instants plus tard, en le vidant, elle rompt l'intestin. Le médius, siège de quelques excoriations, est alors souillé de matières. Dans les heures suivantes surviennent des douleurs lancinantes avec rougeur et œdème du doigt d'où partent des traînées de lymphangite remontant vers l'avant-bras.

Pendant plusieurs semaines, malgré les traitements locaux, l'œdème et la rougeur du doigt persistent.

La suite de l'observation est en rapport avec des complications. Nous en avons cité le début car il montre clairement la précocité des douleurs et des manifestations phlegmasiques locales. La lymphangite a suivi rapidement. Il n'est malheureusement pas fait mention d'adénopathie.

b) *Formes cliniques.* — On peut distinguer :

— Les formes à manifestations générales sévères.

— Les formes accompagnées ou suivies de suppurations locales.

— Les forme subaiguës au cours desquelles les symptômes sont tellement atténués que les malades ne viennent consulter qu'en cas de complications évolutives.

— *Formes à manifestations générales sévères :* alors que souvent les manifestations générales lorsqu'elles sont présentes, se réduisent à un petit accident fébrile, un malaise général, des céphalées, de l'asthénie, il existe des cas de pasteurellose cutanée qui déterminent des manifestations générales sévères, d'allure infectieuse en dehors de toute septicémie.

OBSERVATION II (R. Worms et Y. Le Quintec).

Mme F.... 53 ans, entre à l'hôpital le 22 mai 1953 pour un état infectieux apparu à la suite d'une plaie de la main. Le 15 mai, la malade s'est coupée avec une assiette ébréchée réservée à la nourriture du chat de la maison. La coupure qui siège sur le bord externe du pouce droit saigne abondamment. Elle est désinfectée à l'eau oxygénée et pansée tout de suite. Deux jours après, alors que la plaie serait restée propre et indolore, la malade ressent un malaise général intense accompagné de grands frissons et de diarrhée. La température s'élève à 40°. En même temps, des douleurs très vives, lancinantes, apparaissent à la racine du membre et la région sus-claviculaire. La région douloureuse semble tuméfiée.

Du 17 au 20 mai, la température persiste à 39-40. Les frissons se répètent mais moins fréquents et moins intenses que les premiers jours. La malade souffre de céphalée, d'insomnie, d'anorexie, de dyspepsie avec vomissements bilieux et diarrhée. Les douleurs du moignon de l'épaule sont toujours aussi violentes et irradient vers la gouttière carotidienne. La tuméfaction semble s'étendre dans la même direction. Pendant cette période, il n'y a aucune inflammation de la plaie du pouce qui se cicatrise de façon normale. De même il n'y a rien à signaler tant au niveau de la main que de l'avant-bras.

Le 22 mai, à l'admission, la température est à 38°8 le matin et à 39°5 le soir. Le pouls est à 110. Les douleurs de la racine du membre supérieur droit irradient vers la mâchoire et entraînent une gêne douloureuse à l'ouverture de la bouche. De plus, la malade accuse une dysphagie œsophagienne avec sensation d'arrêt des aliments derrière le sternum.

A l'examen on constate que la plaie est couverte d'une croûte entourée d'une auréole rouge. Il n'y a pas de suintement. A la racine du membre existe un œdème peu dépressible, sensible à la palpation. Cet œdème infiltre la paroi inférieure du creux axillaire et la région deltoïdienne, comble le creux susclaviculaire et même susternal. Il a une teinte rose uniforme qui s'efface sous la pression. On ne perçoit pas de ganglions axillaires. Enfin, sur l'hémithorax droit existe un placard inflammatoire dermo-épidermique de la taille d'une paume de main, rose, limité par un bourrelet net, mobile sur les plans profonds. Comme traitement, la malade reçoit 1.000.000 U de pénicilline et 1 g de streptomycine.

Les symptômes s'effacent mais au début le placard augmente encore un peu de volume et prend une teinte cuivrée.

Après la disparition de l'œdème, on sent sous l'aisselle un ganglion de la taille d'une noisette, peu douloureuse.

Le 5 mai on arrête les piqûres qui sont mal supportées et l'on donne des sulfamides.

Le 6, la malade rechute avec une température à 39, des frissons, de la dysphagie. Les œdèmes locaux réapparaissent.

Les sulfamides sont remplacés par l'auréomycine associée à la terramycine et le 9 la malade est guérie.

Les examens complémentaires prouvèrent que la malade avait eu une pasteurellose.

Voilà donc une malade qui présentait une atteinte sérieuse de l'état général. Avant son hospitalisation, la température oscillait entre 39° et 40°, la malade souffrait de céphalées, de dyspepsie avec vomissements bilieux et diarrhée.

Cette observation présente un autre intérêt et il convient de noter les manifestations phlegmasiques accompagnées de vives douleurs à distance du point d'inoculation.

Les suppurations locales, en général consécutives aux morsures profondes, intéressent le tissu cellulaire sous-cutané, les articulations et les gaines tendineuses voisines du point d'inoculation.

La suppuration du tissu cellulaire sous-cutané se fait au point d'inoculation. Elle est rarement précoce bien que Allot (E.-N.) ait eu l'occasion d'en inciser une, quarante-huit heures après l'inoculation. En général, elle survient le dixième ou quinzième jour lorsque disparaît la lymphangite (Reilly).

Parmi de nombreux exemples, prenons l'observation de Lévy Brühl et Soupault.

OBSERVATION III (Lévy, Bruhl et Soupault).

Un homme de 48 ans fut griffé au dos de la main par un chat. Le lendemain existait un œdème local et de vives douleurs. L'œdème gagna l'avant-bras où se constitua une lymphangite. L'examen montrait une adénite axillaire. Au dos de la main se collecta un abcès dont l'incision amena la guérison. Dans le pus, Pasteurella septica fut trouvé.

Plus précoces sont les synovites et les arthrites, souvent constituées dès le deuxième ou le troisième jour. L'incision permet l'évacuation d'un liquide clair qui deviendra ultérieurement purulent. Avant l'ère des antibiotiques, cette complication était parfois grave, nécrosant les tendons, diffusant à distance, causant de vastes délabrements. Weber rapporte deux cas consécutifs à une inoculation de la main dans lesquels, la diffusion se faisant vers l'avant-bras avait nécessité de multiples incisions. Dans un cas, les incisions ne suffirent pas et il fallut amputer l'avant-bras. Allot sur six cas rapportés signale deux fois des accidents analogues; sur un de ses malades qui avait été inoculé au niveau de la cheville, il dut faire de longues incisions au niveau de la jambe.

Quant aux arthrites suppurées, précoces, elles doivent être distinguées de certaines complications évolutives, plus tardives, touchant aussi les articulations.

Les formes subaiguës sont très fréquentes. Elles sont caractérisées par l'absence de toute manifestation générale et par la moindre intensité des phénomènes locaux : après la morsure, le malade ressent des douleurs au point d'inoculation, mais ces douleurs peu intenses ne persistent pas. Quant à la plaie un peu rouge et œdémateuse, elle n'inquiète pas le malade; elle ne suppurera pas, se recouvrira d'une croûte entourée d'une auréole rouge et guérira sans complication. Mais souvent, plus souvent peut-être que dans les formes aiguës, existent des manifestations secondaires qui motiveront une consultation.

c) *Complications évolutives.* — Les plus fréquentes sont les *ostéo-arthrites aseptiques* chroniques accompagnées de

douleurs névralgiques.

Elles surviennent lorsque le point d'inoculation est voisin d'articulation, ce qui se produit lorsque l'inoculation a eu lieu à la main ou au pied.

Elles ne surviennent pas si une thérapeutique infectieuse précoce a stérilisé le foyer infectieux initial.

Leur date d'apparition est variable. Souvent précoces, dès le huitième jour dans les formes aiguës; plus tardives dans les formes subaiguës avec un temps de latence variant de 15 à 45 jours. Dans ce cas, la maladie évolue en trois phases : période initiale avec douleurs au point d'inoculation qui est œdématié, rouge et ne suppure pas. Période de latence, cliniquement presque muette avec parfois une persistance des symptômes initiaux qui sont cependant atténués. Période de complication lors de laquelle le malade va consulter pour la première fois.

Leur intensité est aussi variable.

Les formes précoces, succédant vite ou même contemporaines des phénomènes phlegmasiques du début se traduisent par des douleurs localisées au niveau des articulations voisines du point d'inoculation. Ces douleurs, vives, lancinantes, exagérées par la moindre mobilisation active ou passive de l'articulation, bloquent la jointure en attitude intermédiaire de relâchement maximum.

Les articulations atteintes, sont augmentées de volume, rouges, chaudes, douloureuses à la palpation. Il s'agit le plus fréquemment des métacarpophalangiennes ou interphalangiennes. Parfois des articulations du poignet ou des métatarsophalangiennes du pied. La formule sanguine n'est pas modifiée, la vitesse de sédimentation n'est pas augmentée. Quant à la radio, elle montre un flou des contours articulaires avec ostéoporose marquée des épiphyses. Parfois cette ostéoporose va jusqu'à la résorption d'une extrémité de phalange par exemple.

Il s'agit d'arthrite aseptique et d'ostéite raréfiante sans aucune participation suppurative.

OBSERVATION IV (Due à l'obligeance du Professeur Leng-Lévy).

Mme M..., 42 ans, est admise le 15 octobre 1954 au pavillon des pansements externes pour y faire inciser un panaris du médius droit. Et c'est bien à un panaris que l'on pense tout d'abord devant ce doigt uniformément rouge, augmenté de volume, œdématisé sur la face dorsale et siège d'une douleur lancinante. C'est dix jours auparavant que l'affection a débuté. La porte d'entrée en est facilement retrouvée : c'est à la suite d'une morsure de son chat que notre malade a vu s'installer rougeur du doigt, tuméfaction et douleurs. La plaie primitive n'a été le siège d'aucune suppuration et c'est d'emblée en vingt-quatre heures que s'est constitué le tableau actuel. La réaction générale a été et demeure assez vive. Les douleurs dont le doigt est le siège et qui ont très vite irradié sur toute la face antérieure de l'avant-bras, s'accompagnent d'une température continue à 38°. Il n'y a pas d'insomnie. Les trois phalanges du médius présentent une rougeur et une tuméfaction uniformes. Le doigt est bloqué en extension et toute tentative de mobilisation est douloureuse et vaine. Les articulations phalangiennes sont discrètement augmentées de volume. Une traînée de lymphangite marque la face antérieure de l'avant-bras. Il n'existe pas de ganglions épitrochléens mais le creux de l'aisselle est occupé par un ganglion du volume d'une grosse noix, peu douloureux. Une radiographie de la main malade a montré une ostéoporose marquée du médius droit au niveau des trois phalanges. Il n'existe aucune lésion d'ostéite ou d'arthrite.

Ce tableau où rien ne permet de déceler une localisation suppurative, où les phénomènes inflammatoires cutanés s'associent à des manifestations articulaires allant jusqu'à l'ankylose d'un doigt, nous a semblé plus évocateur d'une pasteurellose que d'un simple furoncle.

En effet, les examens complémentaires dont nous parlerons ultérieurement le prouvèrent.

Mais les complications ostéoarticulaires sont souvent plus tardives et le diagnostic peut en être difficile car, si l'accident

cutané fut atténué, le malade peut omettre de le signaler et l'on se trouve alors en présence d'une symptomatologie à prédominance articulaire.

Survenant dix jours à deux mois après l'inoculation, au décours des phénomènes phelgmasiques ou après un intervalle libre, elles évoluent volontiers sur un mode subaigu.

Le malade éprouve des douleurs localisées à une ou plusieurs articulations. Les douleurs apparaissent à la mobilisation active de l'article, parfois quand le malade se heurte à un objet dur. Elles peuvent être ressenties en dehors de tout mouvement, ont alors un caractère lancinant et diffusent fréquemment à distance, le long du membre. Elle sont enfin souvent accompagnées de sensations paresthésiques à type de fourmillement, de picotement. Ils convient d'insister sur le fait que ces douleurs ne sont pas toutes dues aux seuls phénomènes articulaires. Elles coexistent avec les manifestations articulaires, découlent sans doute de la même pathogénie et peuvent exister seules. Il existe ou non des signes généraux. Lorsqu'ils sont présents, ils sont identiques aux signes généraux qui ont été décrits dans la forme aiguë de la pasteurellose cutanée. Il y a alors une sorte de reprise de la symptomatologie initiale : la plupart du temps la lésion d'inoculation rougit à nouveau et se tuméfie. C'est là un signe très important qui permet d'orienter le diagnostic.

Quant aux articulations, elles sont plus ou moins tuméfiées. A leur niveau, la peau est rouge ou blanche, pouvant changer de couleur d'un moment à l'autre. Les mouvements actifs sont douloureux. Les mouvements passifs le sont parfois moins et le doigt n'est pas toujours bloqué comme dans les formes précoces. Il existe une douleur assez vive à la pression de l'articulation. Enfin on trouve ou non la présence de ganglions. La formule sanguine est normale, la vitesse de sédimentation non augmentée. La radio révèle parfois une ostéoporose para-articulaire.

OBSERVATION V (J. Reilly, P. Tournier, R. Bastin).

M. B..., 64 ans, est mordu le 28 septembre 1951, à la main droite, par un rat. La morsure est située dans l'espace interdigital séparant le médius de l'annulaire. La cicatrisation semble les jours suivants s'opérer normalement, des croûtelles se forment puis tombent, laissant de petites plaies en voie de cicatrisation.

Le 10 octobre, c'est-à-dire douze jours après la morsure, apparaissent des douleurs intermittentes, lancinantes, sans modification locale. Le 18 octobre, les douleurs s'accentuent et la plaie se modifie : un œdème rouge-violacé l'envahit, puis gagne la face dorsale de la main, tandis que les articulations métacarpophalangiennes se tuméfient et que la fermeture du poignet devient impossible. Le malade fiévreux éprouve de l'asthénie.

A son entrée à l'hôpital, la température est à 39°2. La main droite est le siège d'un œdème qui prédomine au niveau de la morsure mais s'étend jusqu'au poignet. La peau est rouge, vineuse. L'endroit de la morsure est recouvert d'une croûtelle. Les mouvements des troisième et quatrième articulations métacarpophalangiennes sont très limités et provoquent de vives douleurs. Il n'y a pas de lymphangite. Le ganglion épitrochléen est tuméfié et à l'aisselle on trouve une adénopathie sensible.

La radio ne montre rien.

Chez ce malade, la complication avait bien succédé à une forme subaiguë et s'était manifestée après un intervalle libre. A noter l'œdème et la rougeur de la plaie qui apparaissent au moment de la complication.

Cette période de latence n'est pas toujours retrouvée et comme nous l'avons fait remarquer, l'atteinte articulaire peut survenir au décours des phénomènes inflammatoires comme le prouve l'observation suivante.

OBSERVATION VI (Coste, Reilly, Bourel et Deuil).

Mme Dan..., 64 ans, vient consulter pour une arthrite subaiguë du poignet gauche. Le 17 septembre 1952.

Il existe au niveau de toute la main gauche, un œdème important effaçant les méplats, envahissant les doigts; cette tuméfaction est rouge, violacée, légèrement chaude, ne prend pas le godet; la peau, par places, semble amincie, succulente. Sur la région antérieure du poignet se voient, en outre, quelques traits cicatriciels très superficiels. La malade accuse une sensation de gonflement douloureux, des crises algiques nocturnes, une impotence fonctionnelle très marquée. La palpation montre que l'articulation est touchée : elle décèle des points douloureux osseux surtout à l'apophyse styloïde cubitale et une douleur en broche lorsqu'on explore les mouvements de la radiocarpienne; ceux-ci, du reste, sont très limités, le blocage de la flexion et de l'extension est presque complet. Pas d'anénopathie.

La radiographie montre une ostéoporose débordant largement les limites de la radiocarpienne, un flou irrégulier noie les contours des petits os du carpe. La formule sanguine et la vitesse de sédimentation sont normales.

L'interrogatoire situe dans le temps cette atteinte articulaire et en précise l'origine. Le 11 août 1952 la malade fut mordue et griffée par un chat à la base de l'éminence hypothénar gauche. Immédiatement après la morsure de violentes douleurs apparaissent, s'exaspèrent la nuit, contraignant le médecin devant l'échec des antalgiques courants à prescrire des opiacées. En vingt-quatre à quarante-huit heures, la fièvre s'allume et la plaie change d'aspect, un œdème douloureux envahit la région carpienne de la main, remontant sur l'avant-bras; il n'existe à ce moment aucune adénopathie; le diagnostic de phlegmon fut porté et la malade fut soumise à une antibiothérapie massive (pénicilline, streptomycine, auréomycine). Aucun résultat ne fut enregistré. Cependant, peu à peu, la fièvre tend à décroître et au bout d'un peu plus d'un mois, il ne persiste qu'un fébricule discret. Localement subsiste une ostéo-arthrite torpide sans aucune tendance à la résolution spontanée.

Voici enfin une observation qui montrera bien la diffusion des douleurs qui ne sont pas toutes dues à l'atteinte articulaire.

OBSERVATION VII (S. DE SÈZE).

M^me^ R..., 60 ans, nous est adressée pour une histoire douloureuse de l'index et du membre inférieur gauche, remontant à cinq mois.

Début en septembre 1954 par une égratignure de la face interne de la deuxième phalange de l'index gauche provoquée par le fil métallique d'un treillis de garde-manger. Dès le premier soir, douleurs locales assez intenses, sans proportion avec la bénignité de la plaie, associées à un aspect inflammatoire de celle-ci. La plaie cicatrise bien, mais les douleurs persistent pendant huit jours et gênent le sommeil.

Après un intervalle libre d'une semaine, apparaît une rougeur en bague autour de l'interphalangienne distale de l'index blessé en même temps que des sensations de brûlures et d'élancements. Puis la rougeur s'étend à tout le doigt.

Pendant les trois mois suivants, l'état est stationnaire, le doigt est tantôt gros et violacé, tantôt rouge, tantôt livide. Il est douloureux, surtout à la chaleur, il est enraidi. Il n'y a pas de fièvre.

A partir de décembre 1954, c'est-à-dire deux mois avant notre examen, les douleurs digitales s'étendent à la paume, à la face antérieure de l'avant-bras et surtout au pli du coude du même côté. La malade qui aurait constaté une adénopathie sus-épitrochléenne se décide à appeler son médecin. Celui-ci prescrit divers antibiotiques, puis de la phénylbutazone et des vasodilitateurs, le tout sans résultat. Il nous adresse alors M^me^ R...

Examen. — Les douleurs ressenties depuis les dernières semaines siègent dans tout le membre supérieur avec deux zones d'intensité maximale, l'index et le pli du coude. Sur un fond de douleur continue (impression permanente de plaie au niveau du coude) surviennent jour et nuit, à intervalles variables, des paroxysmes à types d'élancements ou de brûlures.

L'index gauche est un peu augmenté de volume, la peau est moins colorée qu'aux autres doigts. Le doigt est raide, l'interphalangienne distale est complètement bloquée. L'interphalangienne proximale fléchit légèrement sans dépasser 30° à partir de l'extension complète. La pression du doigt est peu douloureuse; au contraire, la région du coude est très sensible, surtout sur l'épitrochlée et sous le pli du coude. Exception faite des articulations de l'index, toutes les autres articulations du membre ont des mouvements normaux. La vitesse de sédimentation est normale. Les radiographies comparatives des deux mains et des deux coudes montrent une ostéoporose du seul index gauche.

Dans cette observation, certaines douleurs traînantes ne sont ni le fait de l'infection locale, ni le fait de la complication articulaire. Elles siègent en particulier au pli du coude. Du reste dans l'observation de WORMS les douleurs siégeaient à l'aisselle et même à la mâchoire. Nous reparlerons de ces douleurs dans l'étude pathogénique.

Enfin, dans la littérature, toujours comme complications évolutives locales, nous avons trouvé une *ténosynovite subaiguë* et des *adénopathies subaiguës* chroniques qui peuvent poser des problèmes de diagnostic délicats.

L'observation de ténosynovite est de FAYANI et DURUPT.

OBSERVATION VIII (FAYANI et DURUPT).

Malade de 56 ans qui, en juin 1954, s'était piquée le pouce droit avec une écharde de bois. La piqûre fut suivie de douleurs particulièrement vives et localement se forma un panaris. Celui-ci, malgré un traitement à l'auréomycine, évolua de façon torpide durant tout le mois de juillet et une incision pratiquée au siège de la piqûre ne ramena que quelques gouttes de sérosité dont l'examen bactériologique ne fut pas pratiqué. Au début du mois d'août, un mois après la blessure, apparurent des douleurs au poignet et s'installèrent les manifestations qui amenèrent la malade à la consultation de l'Hôtel-Dieu. Les manifestations consistaient en une tuméfaction douloureuse, d'allure rhumatismale du poignet droit, entraînant une impotence fonctionnelle notable au poignet.

A l'examen, existait une tuméfaction de la face palmaire du poignet qui se prolongeait sur l'avant-bras, dans sa partie cubitale, où l'on notait une voussure rémittente au palper, donnant l'impression d'une masse mucoïde sous tension. Cette tuméfaction était due à une ténosynovite. Dans la gouttière sus-épitrochléenne existait une adénopathie de la taille d'une cerise, sensible.

Les examens complémentaires et la thérapeutique prouvèrent qu'il s'agissait d'une synovite due à une pasteurellose.

Parmi les cas d'adénopathies traînantes, voici celui rapporté par André et Dreyfus.

OBSERVATION IX (André et Dreyfus).

Mlle G..., âgée de 18 ans, vient consulter en octobre 1951 pour des adénopathies siégeant dans les régions sous-mentonnières et sous-angulo-maxillaires droites. Les ganglions gros comme des noix, au nombre de deux ou trois dans chaque territoire sont fermes, peu douloureux, mobiles. La peau à laquelle ils n'adhèrent pas est de coloration normale. Ces ganglions apparus assez brusquement au cours du mois de septembre ne sont guère modifiés depuis.

Sur la partie médiane du cou, on remarque une petite lésion papulo-croûteuse, insignifiante, de quelques millimètres de diamètre. A cette lésion fait suite une traînée lymphatique rosée qui s'étend sur la partie latérale du cou. La malade précise que ces lésions observées sur la peau ont été provoquées par une griffure de chat, au cours du mois d'août. La lésion papulocroûteuse a succédé à un nodule inflammatoire, puis ulcéré qui s'était constitué quinze jours après la griffure.

En bref, chez cette malade, on était en présence d'un chancre d'inoculation. La griffure fit suspecter le diagnostic de lymphoréticulose mais les intradermoréactions furent négatives. L'examen sérologique fut lui aussi négatif.

C'est alors qu'on pensa à la pasteurellose et que les examens complémentaires la prouvèrent.

2° Autres formes cliniques de pasteurelloses.

Nous serons plus brefs sur ce chapitre qui n'offre pas d'intérêt particulier. En effet, les formes que nous allons décrire sont peu fréquentes; leur symptomatologie ne dépend pas de l'agent infectieux mais de la localisation de l'infection si bien

que le médecin ne peut suspecter le germe en cause, ce qui n'a du reste, pas grande importance comme nous le verrons en parlant du diagnostic.

Comme l'avait remarqué Pasteur, Pasteurella septica aime les séreuses. Nous décrirons donc l'atteinte des séreuses; nous citerons quelques autres localisations exceptionnelles; nous étudierons ensuite les formes septicémiques.

a) *Atteinte des séreuses.* — La pasteurellose peut se localiser au niveau de la plèvre, du péricarde, du péritoine ou des méninges.

L'atteinte pleurale est la plus fréquente.

Le début en est insidieux. La période prodromique variant de quinze jours à deux mois est marquée par de l'asthénie, de l'anorexie, de l'amaigrissement.

Peu à peu s'installent des signes fonctionnels assez importants. Douleurs thoraciques, vives, non localisées; toux ramenant une expectoration banale séromuqueuse; dyspnée importante alors que l'auscultation ne permet de percevoir que des signes de bronchite banale ou des foyers congestifs limités. La température oscille autour de 38°.

Enfin l'épanchement s'installe, citrin au début, riche en polynucléaires, il devient ensuite purulent, assez fluide, jaune, non fétide; on y met en évidence Pasteurella septica.

L'évolution de la pleurésie est traînante et avant l'ère des antibiotiques, l'issue fatale était fréquente : dans l'observation de Teissier, Gastinel, Reilly et Rivalier, en 1922, la malade est morte, de même que dans celle de Rimbaud et Lisbonne, en 1932.

L'observation de Gaube, Ravry et Boy nous permettra d'illustrer cette forme clinique.

OBSERVATION X (GAUBE, RAVRY et BOY).

M. E.... serrurier de 54 ans, après une période d'asthénie et d'anorexie, fut pris, le 18 octobre 1942, d'un point de côté gauche violent. Le 21 octobre, date de son hospitalisation, on notait une température de 38°5 et l'examen pleuropulmonaire montrait quelques signes congestifs de la base gauche. 3 grammes de Dagenan furent administrés chaque jour jusqu'au 29 octobre, date à laquelle la température était tombée à 37°. On arrêta alors le dagenan, mais la température remonta le lendemain à 38°5 et s'y maintint trois semaines avec de légères rémissions matinales. Le malade, fatigué, transpirait abondamment. Au début du mois de novembre, apparaissent des signes pleurétiques nets à la base gauche. Le 5 novembre, une ponction pleurale retira un liquide citrin, riche en polynucléaires, avec quelques placards endothéliaux, sans lymphocytes. Du néococcyl à la dose de 3 grammes fut prescrit, mais ce traitement sans efficacité fut remplacé par le dagenan le 10 novembre. La température tomba alors en lysis. Le 22, le malade était apyrétique mais restait très fatigué. Le 25, une nouvelle ponction ramena un liquide purulent non fétide. L'évacuation systématique du liquide tentée les jours suivants ne fut pas possible pour des raisons techniques.

Au mois de décembre, le dagenan fut remplacé par la thiazomide. La seule médication sulfamidée amena une lente guérison. Le 22 décembre, il ne restait qu'une légère submatité de la base gauche avec une diminution du murmure vésiculaire et quelques frottements.

L'état général était redevenu excellent et le malade repartait en pleine convalescence.

Après les pleurésies, les *méningites* sont les plus fréquentes des atteintes séreuses. Elles surviennent soit après un traumatisme ayant entraîné une fracture du crâne comme dans les observations de HADORN, de CLAUDIUS, de BESREDKA, soit après des otites comme le mentionnent deux observations de GRÉCOWITZ.

Le *péritoine*, le *péricarde* peuvent aussi être atteints et l'observation de MAYER et HOPPLE rapporte un cas où étaient associées une pleurésie, une péricardite et une péritonite.

Le malade de Teissier, Gastinel, Reilly et Rivalier, présentait cliniquement une pleurésie mais l'autopsie montra que le péricarde contenait 150 grammes de liquide.

b) *Les autres manifestations infectieuses localisées* sont extrêmement rares.

— Conjonctivites (Augaret, Rouslacroix et Herman-Thomas et Cordie).

— Abcès cérébral (Harris).

— Atteinte du parenchyme pulmonaire (Foerster).

— Quant aux pyomyosites à pasteurella décrite en Afrique par Bouffard, leur authenticité est discutée (Joyeux et A. Sicé).

c) *Septicémies à Pasteurella.*

Nous terminerons cette étude clinique par les septicémies à Pasteurella.

Ce sont des infections graves, parfois secondaires à une inoculation transcutanée dont elles constituent la complication majeure. Dans sa thèse, Dujols rapporte un cas typique.

OBSERVATION XI (Dujols).

Il s'agit d'un électricien de 28 ans, qui fut hospitalisé le 11 mai 1954. Depuis huit mois, il présentait une adénopathie cervicale gauche, accompagnée d'un état fébrile ondulant. L'hospitalisation avait été motivée par une baisse subite de l'état général, marquée par de l'asthénie, des douleurs épigastriques, des selles diarrhéiques.

A son entrée à l'hôpital, l'examen montra la présence d'une adénopathie sous-angulo-maxillaire gauche non adhérente faite de petits ganglions durs isolés mobiles de la taille d'une noisette, non douloureux à la pression. La courbe thermique présentait des ondulations séparées par des périodes d'apyrexie de six à huit jours. Chaque ondulation durait environ six jours ascensionnait les trois premiers jours, passait par un maximum de 40° et tombait en lysis. La formule sanguine montrait une leucopénie à 3.400 avec légère monocytose.

Les examens complémentaires furent tous négatifs, sauf l'intradermoréaction à l'antigène pasteurellien qui fut nettement positive. Malgré l'antibiothérapie intensive que subit ce malade, l'état général continua de s'aggraver. Le foie s'hypertrophia de même que la rate. Les formules sanguines montrèrent une anémie et une leucopénie croissantes (la dernière formule sanguine dénombrait 2.600.000 hématies et 1.800 leucocytes). L'amaigrissement fut rapide, un ictère s'installa. Quelques jours après le début de l'ictère, malgré les transfusions répétées pour lutter contre l'anémie et la leucopénie, le malade mourut dans un tableau d'ictère grave.

Ce malade avait un chat qui avait l'habitude de se poser sur ses épaules. Or l'adénopathie était cervicale et il est probable qu'une griffure minime détermina l'inoculation du germe.

Pendant l'évolution de sa maladie, le malade fut traité par les antibiotiques et reçut successivement : pénicilline, streptomycine, pénicilline associée à la streptomycine, tifomycine, auréomycine, terramycine en perfusions intraveineuses, enfin tétrasulfamide. Dans le chapitre de la thérapeutique, nous dirons que le germe peut parfois se montrer résistant à tel ou tel antibiotique. Cette observation nous montre une Pasteurella résistante non seulement à un, mais à tous les antibiotiques.

Parfois, la porte d'entrée du germe n'est pas retrouvée.

OBSERVATION XII (Dujols).

Un Bambara de 35 ans entre à l'Hôpital de Dakar avec une température de 39° et un mauvais état général. La maladie évolue en quelques

jours avec température élevée, prostration entrecoupée de crises de délire et d'excitation. Le malade succombe quatre jours après son admission. Une hémoculture pratiquée la veille de la mort, met en évidence un cocobacille, gram négatif, dont les caractères morphologiques et culturaux s'identifient à ceux des Pasteurellae. Le même germe est retrouvé à l'autopsie dans des abcès hépatiques.

OBSERVATION XIII (DUJOLS).

Un soldat entre le 17 janvier 1922 à l'Hôpital de Dakar pour des vomissements de sang.

A l'examen, on note une hépatomégalie et une splénomégalie. Le 20 janvier, la température monte à 40° et le lendemain, le malade vomit 300 grammes de sang rouge. Il n'y a rien d'anormal, ni dans les urines, ni dans les selles. Le 22, apparaissent des frissons avec nouvel accès de température. Les urines contiennent de l'albumine, les selles du mœléna.

En vain furent patriqués des examens complémentaires pour trouver l'étiologie de la maladie. Le 20 février, nouvel accès de température à 40° et le malade meurt.

A l'autopsie, on trouve un foie de 3 kilos qui est parsemé d'abcès où l'on met en évidence Pasteurella septica. La rate elle aussi est le siège d'abcès.

Ces septicémies à Pasteurella septica ont de nombreux points communs avec les septicémies à Pasteurella pseudotuberculosis bien étudiées par DUJARDIN. Chez ces dernières, on retrouve en effet une atteinte hépatique terminale et l'autopsie révèle aussi des abcès hépatiques à Pasteurella pseudotuberculosis.

A part ce trait commun, les septicémies à Pasteurella n'offrent aucune particularité et leur symptomatologie varie d'une observation à l'autre.

IV. — PATHOGENIE

Pasteurella septica est un germe lymphophile et sérophile. L'intensité des manifestations infectieuses dépend pour une part de la virulence du germe qui n'est pas la même suivant l'origine de la souche; c'est ainsi que parmi les pasteurelloses naturelles de l'animal, seules celles du lapin peuvent ne déterminer que des pleurésies sans septicémie. L'expérience suivante, faite avec une Pasteurella isolée, à Strasbourg, et appelée cocobacille G, montre l'importance du facteur virulence.

Si l'on dépose une culture de vingt-quatre heures par simple badigeonnage sur la peau épilée et non rasée du cobaye, on obtient une lésion œdémateuse, rouge, circonscrite à l'endroit du dépôt. Si on augmente la virulence du germe par passages sur la souris, on obtient un œdème sous-cutané important et l'animal meurt en hyperthermie. Signalons que le passage sur l'homme n'augmente ni ne diminue la virulence du germe.

Mais plus que la virulence, le mode de pénétration du germe dans l'organisme intervient dans le déterminisme de la forme clinique de la maladie et sa gravité. Lorsque le germe vient du rhinopharynx, il détermine des formes graves : méningites par l'intermédiaire d'une otite, pleurésie par l'intermédiaire probable des ganglions cervicaux profonds et intertrachéaux bronchiques qui communiquent avec le plexus lymphatique sous-pleural, peut-être même septicémie. Dans ces formes graves, le germe peut être mis en évidence dans les produits pathologiques, dans le sang en cas de septicémie. Il détermine la formation d'anticorps.

Dans la forme cutanée, le germe pénètre par inoculation transcutanée. Ses affinités lymphatiques expliquent la lymphangite et l'adénopathie. La virulence du germe, la profondeur et le lieu de l'inoculation rendent compte des suppurations locales diverses et des formes subaiguës. Mais les complications évolutives et en particulier les ostéo-arthrites aseptiques accompagnées de douleurs névralgiques, ne peuvent être expliquées par ces seuls facteurs.

Pour REILLY et COSTE, ces complications seraient dues à un « neurotropisme vasomoteur et trophique bien spécial » des Pasteurella, et ils en veulent pour preuve « la précocité et l'intensité des phénomènes algiques et phlegmasiques; l'absence d'infection au sens usuel du terme confirmée par l'échec de la recherche bactériologique au stade second de l'affection et l'inefficacité des antibiotiques; la constatation par l'un d'eux d'un syndrome de Raynaud après une pasteurellose cutanée ». Ajoutons à leurs arguments, les sensations paresthésiques éprouvées par le malade, les changements de couleur des téguments au niveau des articulations atteintes, parfois le caractère de « glossy skin » que prend la peau à ces endroits.

Quel est le déterminisme des troubles vasomoteurs ?

Le problème n'est pas encore résolu mais une constatation s'impose : certaines ostéoporoses avec arthrites chroniques accompagnées de douleurs névralgiques sont dues à une infection cutanée à Pasteurella septica. De plus, ces douleurs névralgiques ne dépendent pas toutes des manifestations articulaires, ainsi dans l'observation II, il n'existe aucune atteinte articulaire et cependant de vives douleurs sont ressenties à la racine du membre. Dans l'observation VII il existe une arthrite interphalangienne de l'index droit, mais la douleur a une intensité maximale au pli du coude. En bref dans maintes observations, on remarque des douleurs névralgiques à distance de l'articula-

tion atteinte. Ces douleurs existent parfois en dehors de toute atteinte articulaire (obs. II). Il est donc permis de se demander avec COSTE et REILLY, si certaines névrites ascendantes ne seraient pas elles aussi le fait d'une infection cutanée telle qu'une pasteurellose.

V. — DIAGNOSTIC

Nous avons dit combien les symptômes de la pasteurellose cutanée sont variables, aussi faut-il s'attendre à ce que le diagnostic clinique ne soit pas aisé. On devra y songer en présence de toute maladie d'inoculation associant un complexe cutanéo-ganglionnaire à de vives douleurs, tant au niveau de l'accident cutané qu'à distance de lui. Le diagnostic s'inspirera de données épidémiologiques, en particulier de la notion d'une morsure d'animal. Il sera orienté par les constatations cliniques et confirmé par les recherches de laboratoire.

Cliniquement, on tiendra compte de la précocité et de l'intensité des douleurs qui surviennent quelques heures après l'inoculation.

Dans les formes aiguës, la précocité des douleurs, leur diffusion le long du membre, la lymphangite présente le lendemain de l'inoculation et les adénopathies qui la suivent ne cadrent pas avec la constitution d'un panaris. Mais surtout, le panaris évolue vers la suppuration. Dans la pasteurellose cutanée non compliquée, il ne se constitue pas de collection suppurée. Avant 1940, la pasteurellose était ignorée. En présence des manifestations phlegmasiques qu'elle détermine au niveau des doigts, le diagnostic de panaris était le plus fréquemment envisagé. Cependant, l'incision ne permettait d'évacuer que quelques gouttes de sérosité sanglante et n'entraînait pas la guérison. Actuellement, de nombreux cas de pasteurellose doivent être encore confondus avec des panaris. Ainsi la malade de notre observation était venue à l'hôpital pour se faire inciser un panaris.

La lymphoréticulose d'inoculation, la tularémie, voire le sodoku, présentent de nombreux points communs avec la pasteurellose cutanée.

La lymphoréticulose d'inoculation survient après des griffades ou morsures de chat. La lésion locale survenant du dixième au vingtième jour, est plus tardive que dans les formes aiguës de la pasteurellose cutanée. Les ganglions sont entourés de périadénite et peuvent suppurer. On n'observe pas de complications évolutives articulaires accompagnées de douleurs névralgiques.

Mais la pasteurellose peut succéder à une griffade ou une morsure de chat. Dans sa forme subaiguë, l'accident local survient tardivement. Enfin les adénopathies de la lymphoréticulose bénigne ne sont pas toujours retrouvées.

Différencier les deux affections peut donc être très délicat. L'observation suivante met en évidence une telle éventualité.

OBSERVATION XIV (Due à l'obligeance du Professeur LENG-LÉVY).

M. R... (Jean-Claude), âgé de 16 ans, est boucher. Le 15 mai, en désossant du porc, il se pique l'auriculaire droit avec une esquille osseuse. La piqûre siège à la partie interne de la première articulation interphalangienne.

Quelques instants après la piqûre, le malade ressent des douleurs au niveau de la blessure punctiforme. Ces douleurs peu intenses disparaissent le jour même. Quant à la plaie déterminée par la piqûre, elle n'est le siège d'aucune manifestation clinique et guérit sans traitement.

Huit jours après la piqûre, apparaît un œdème de la moitié supéro-interne de l'avant-bras. Cet œdème, recouvert d'une peau de couleur normale, est dur, douloureux spontanément et à la pression. La douleur est exacerbée par l'extension complète du coude. Le malade s'aperçoit en outre de la présence d'un petit ganglion sus-épitrochléen et d'un ganglion axillaire de la taille d'un œuf de pigeon. Au niveau de la piqûre

apparaît un petit nodule œdémateux. En même temps s'installe un état fébrile oscillant autour de 39° accompagné de quelques sueurs.

Le médecin consulté prescrit de la terramycine, de la vitamine B, et des enveloppements de l'avant-bras au dakin. Malgré une atténuation des douleurs localisées au niveau de l'œdème et une légère diminution de la taille des ganglions, la thérapeutique ne semble guère efficace et le malade est hospitalisé.

A l'examen, on note : une température à 39°. Pas d'autres symptômes généraux. Localement : la piqûre est cicatrisée. Sur l'avant-bras persiste l'œdème douloureux. On trouve un ganglion sus-épitrochléen de la taille d'une cerise, ferme, mobile, douloureux à la palpation. Au niveau de l'aisselle existe une adénopathie axillaire constituée de petits ganglions, peu douloureux à la palpation, sans périadénite.

Trois diagnostics furent évoqués : une pasteurellose, une lymphoréticulose d'inoculation, un rouget du porc. Le rouget était évoqué en raison de l'étiologie car la symptomatologie n'était guère en faveur de cette maladie.

Il pouvait s'agir d'une forme subaiguë de la pasteurellose. Le nodule œdémateux apparu au niveau de la plaie en même temps que les douleurs et l'œdème de l'avant-bras, la présence d'adénopathie pouvait faire suspecter ce diagnostic.

Mais la lymphoréticulose d'inoculation détermine des manifestations semblables à son début.

Le diagnostic était donc difficile et ce fut l'intradermoréaction qui permit de diagnostiquer une lymphoréticulose d'inoculation.

Quand elle est accompagnée d'une atteinte sérieuse de l'état général, la pasteurellose cutanée peut être confondue avec la tularémie. La symptomatologie que présentait la malade de l'observation II, cadre avec celle d'une tularémie. Le fait est heureusement rare. De plus, les douleurs si caractéristiques de la pasteurellose ne sont pas retrouvées dans la tularémie et doivent faire suspecter le diagnostic exact.

Le sodoku a une incubation plus longue que la pasteurellose cutanée. L'exanthème, les accès fébriles, les arthralgies, les myalgies, l'atteinte rénale ou nerveuse le différencient cliniquement de la pasteurellose.

Lorsqu'on est en présence d'adénopathies pasteurelliennes subaiguës, de nombreux diagnostics peuvent être évoqués. En particulier, quand l'adénopathie est cervicale comme ce fut le cas chez la malade de l'observation IX. Citons simplement la maladie de Hoodgkin, la leucémie lymphoïde qui s'accompagnent d'autres symptômes, la tuberculose qui peut se manifester par un chancre d'inoculation avec complexe cutanéoganglionnaire. La découverte de la porte d'entrée du germe en cas de pasteurellose est d'un précieux secours. Il en est de même de la biopsie ganglionnaire qui, en cas de pasteurellose, montre de nombreux lymphocytes jeunes, des cellules réticulaires et des macrophages (Dreyfus).

Les malades présentant des complications ostéo-articulaires accompagnées de douleurs névralgiques vont souvent consulter un rhumatologue. L'anamnèse permet d'orienter le diagnostic en révélant les manifestations cliniques qui ont précédé l'atteinte articulaire et les douleurs névralgiques.

Nous n'envisagerons pas tous les diagnostics étiologiques que peuvent évoquer les autres formes de la pasteurellose humaine. L'étiologie des pleurésies, méningites, septicémies, sera mise en évidence par l'identification du germe. La rareté de ces manifestations, leur symptomatologie non caractéristique ne permettent pas de suspecter l'étiologie pasteurellienne.

Même dans ses manifestations cutanéoganglionnaires et en raison de nombreuses affections qu'elle simule, la pasteurellose ne peut être affirmée cliniquement. Mais on doit la suspecter et la confirmer à l'aide d'examens complémentaires.

Dans les formes graves avec atteinte de la plèvre, des méninges ou même dans les septicémies, c'est le laboratoire qui

fera le diagnostic de pasteurellose en mettant en évidence le germe dans le liquide de ponction ou le sang.

La présence d'anticorps permet de faire un sérodiagnostic, mais cette présence est tardive (un mois).

Dans les formes cutanéoganglionnaires. — « Alors que les déterminations sévères de l'infection entraînent constamment l'apparition d'anticorps, les déterminations cutanées, même accompagnées d'adénopathies, se prêtent mal à leur élaboration. Le sérodiagnostic est généralement négatif. La réaction de fixation du complément, délicate, donne des réponses inconstantes et tardives. Cette méthode est trop infidèle pour qu'on lui confie le soin d'assurer ou de confirmer le diagnostic. » (Reilly.) Mais les travaux de Reilly mirent en évidence chez le malade atteint de pasteurellose cutanée un état d'allergie dont la recherche simple et fidèle permet d'assurer le diagnostic.

Il était, en effet, logique de penser que la pasteurellose cutanée, intéressant surtout la peau et le système lymphatique était une maladie allergissante comme le chancre mou, la maladie de Nicolas Favre ou la lymphoréticulose bénigne. Ces affections ont en commun un déterminisme lymphophile. Les travaux de Reilly confirmèrent cette hypothèse.

L'allergie se manifeste très tôt, dès le huitième jour et même avant. Une stérilisation précoce du foyer par les antibiotiques peut cependant entraver le développement du processus allergique.

L'antigène est préparé à partir du filtra d'une culture en bouillon peptoné. Après un séjour d'une semaine à l'étuve à 37° qui a pour effet de faire disparaître les produits irritants, la préparation est filtrée sur bougie Chamberlant L3. L'antigène est conservé en ampoules scellées et à la glacière. L'activité persiste environ un an (Reilly).

La réaction se recherche après injection de 1/10 cc de l'antigène dans le derme de l'avant-bras.

Cette réaction est précoce : au bout de dix-huit à vingt-quatre heures se forme un placard érythémateux et œdémateux de 8 à 10 centimètres de diamètre. Le centre en est surélevé, de teinte foncée, lie de vin, sensible à la pression. La réaction est éphémère : elle s'atténue dès la trentième heure et peut n'être plus appréciable au troisième jour (Reilly).

Il existe des degrés dans l'état d'allergie qui ne sont pas mesurés à l'intensité de la réaction locale mais à l'intensité des réactions locales et générales. Les réactions locales sont surtout marquées au niveau des articulations lorsqu'elles sont le siège d'arthrite aseptique : on note l'exacerbation des douleurs, l'augmentation de la tuméfaction de l'articulation et de l'œdème para-articulaire. La plaie elle-même est le siège de douleurs plus vives et d'œdème cyanique. Les réactions générales se manifestent par un clocher thermique atteignant souvent 40° en quelques heures. La température disparaît le troisième jour. Le malade éprouve en outre un malaise général avec courbature, céphalée, pouvant constituer un véritable état de choc (Reilly).

La réaction est enfin hautement spécifique s'il existe non seulement une réaction locale mais des réactions locales et générales. En effet l'antigène tularémien peut donner une réaction locale en cas de pasteurellose, sans doute à cause d'une fraction antigénique commune chez P. septica et P. tularensis. Il en serait de même avec l'antigène brucellien. Mais dans ces cas la réaction locale est minime et surtout il n'existe pas de réactions locales et générales. C'est dire que pour affirmer le diagnostic, il faut tenir compte des réactions locales et générales, d'autant plus, comme le fait remarquer Reilly, que l'antigène pasteurellien est capable de déterminer une petite réaction locale chez un sujet n'étant pas atteint de pasteurellose.

VI. — TRAITEMENT

Dans les formes autres que la forme cutanée, l'antibiothérapie associée à la médication symptomatique appropriée constitue la thérapeutique de choix. En général, le germe est sensible à tous les antibiotiques mais peut parfois s'avérer résistant à tel ou tel d'entre eux. Un antibiogramme est donc utile bien que les déductions du laboratoire ne soient pas toujours en concordance avec les constatations cliniques.

Par contre, dans les formes cutanées, l'antibiothérapie n'a des chances d'agir que si elle est précoce. Elle n'a plus aucune action dès que les phénomènes vasomoteurs se sont installés ce qui a lieu parfois très tôt. A ce stade, la thérapeutique anti-inflammatoire n'a guère plus d'action et le malade de DE SÈZE qui reçut divers antibiotiques, de la phénylbutazone et des vasodilatateurs en vain, est un exemple de l'inefficacité de ces médications. A cette phase de la maladie, seule agit la thérapeutique spécifique, l'antigénothérapie. Ce fait permet de concevoir l'importance qu'il y a à suspecter le diagnostic et à le confirmer.

Pour REILLY, c'est subordination du système réticulo-endothélial dont dépend l'allergie dans la pasteurellose et du système neurovégétatif dont dépendent les complications évolutives qui expliquerait l'action thérapeutique de l'antigénothérapie.

Quoi qu'il en soit, après les manifestations locales et générales déterminées par l'intradermo-injection de l'antigène, le malade voit ses symptômes subjectifs douloureux disparaître peu à peu tandis que les articulations diminuent de volume et retrouvent leur mobilité. L'ostéoporose disparaît elle aussi. Sou-

vent une seule piqûre suffit. Il en fut ainsi chez le malade du professeur LENG-LÉVY qui présentait des arthrites aseptiques métacarpophalangiennes et phalangiennes de l'index. Vingt-quatre heures après l'injection, le malade ressentait spontanément une grande amélioration locale. La rougeur du doigt avait presque disparu et surtout la mobilité revenait. Les mouvements de flexion qui étaient impossibles étaient redevenus possibles bien que peu amples. Quarante-huit heures après l'injection, le doigt avait retrouvé son volume et sa coloration normale; les mouvements étaient libres, d'amplitude normale. Seul, quoique réduit de volume, un ganglion axillaire demeurait témoin du processus.

Parfois, la guérison n'est pas complète après la première injection. COSTE et REILLY font alors une série d'injections à doses progressivement croissantes de 0,1 à 0,4 cc. espacées de huit jours en huit jours. De cette façon, ils ont toujours obtenu la guérison. Le plus long traitement a été de deux mois chez une de leurs malades qui fut guérie six mois après la morsure infectante.

CONCLUSIONS

Les Pasteurelloses humaines sont surtout intéressantes par l'existence de la forme cutanéoganglionnaire. Cet intérêt est double : pratique et théorique.

— Du point de vue pratique, il faut souligner la relative fréquence de l'affection. Bien des cas de pasteurelloses sont confondus avec des infections à pyogènes banaux, et l'antibiothérapie précoce agissant, induit en erreur. Mais à la phase secondaire de la maladie, l'antibiothérapie, cette solution de facilité dont on use et abuse, n'agit plus. Alors devient évident l'intérêt de connaître la pasteurellose, car il est nécessaire de la suspecter et de la confirmer pour appliquer la médication active qu'est l'antigénothérapie.

Certes, en général, la maladie est peu grave, mais il n'est pas négligeable d'éviter à un travailleur manuel une incapacité partielle qui peut être longue.

En raison de l'épidémiologie de l'affection, il est logique d'envisager le caractère professionnel de la maladie. Les rats sont souvent cause de morsures infectantes. Les cobayes et la plupart des animaux domestiques sont capables d'inoculer le germe. Les égouttiers, les laborantins, tous les travailleurs qui, en raison de leur profession, sont en contact avec les animaux infestés sont susceptibles d'être contaminés pendant leur travail.

La spirochétose ictérohémorragique et les brucelloses faisant partie du tableau des maladies professionnelles, la pasteurellose devrait également figurer sur les tableaux officiels. Il

appartient aux médecins de connaître l'affection et son épidémiologie afin de communiquer à l'Inspection du Travail les observations susceptibles de faire classer la pasteurellose parmi les maladies professionnelles.

— Du point de vue théorique, l'intérêt de la pasteurellose cutanée est à la fois biologique et pathogénique.

Le pasteurellose, comme toutes les infections à déterminisme lymphatique, est une maladie allergisante. Les travaux de Reilly, en mettant en évidence cet état d'allergie ont mis à la disposition du médecin praticien un moyen simple et précis de diagnostic.

L'injection intradermique de l'antigène est aussi une arme thérapeutique dont l'efficacité ne peut être mise en doute au stade second de la pasteurellose cutanée. Les ostéo-arthrites aseptiques, les douleurs névralgiques disparaissent sous l'effet de l'antigénothérapie.

La pathogénie de ces complications évolutives ouvre des horizons sur l'étiologie de certaines ostéoporoses sympathiques, de certaines arthrites subaiguës et de certaines névrites ascendantes.

— Quant aux autres formes de la maladie, leur intérêt est moindre depuis l'ère des antibiotiques, mais nous avons cru intéressant d'en parler pour brosser un tableau d'ensemble des pasteurelloses.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu, *le Doyen*,
R. SIGALAS

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
E. AUBERTIN

Vu et permis d'imprimer
Bordeaux, le 12 Juillet 1956
Le Recteur,
E. DELAGE

BIBLIOGRAPHIE

ALLOT (E.-N.). — Infection of cat-bite and dog-bite wounds with Pasteurella septica. *J. path. bact.*, 1944, *56*, p. 411.

ANDRÉ (R.) et DREYFUS (B.). — Adénopathies subaiguës par griffure de chat. Pasteurellose. *Bull. et Mém. soc. hôp. de Paris*, 1952, p. 157.

AUBARET, ROUSLACROIX et HERMANN. — Un cas de pasteurellose conjonctivale. *C.R. soc. de biol.*, 1923, *78*, p. 1286.

BESREDKA (A.). — Un cocobacille à centre clair pathogène pour l'homme. *C.R. soc. de biol.*, 1923, *78*, p. 288.

BOUFFARD. — De la pyomyosite, maladie humaine à Pasteurella. *Bull. soc. de path. exot.*, 1920, *13*, p. 398.

BRUGNATELLI (E.). — Puerperal feber dursch einen Bacillus aus der Gruppe « Hémorragische Septikâmie ». *Centralblatt. für Bakt.*, 1913, *70*, p. 337.

CARTER (G.-R.). — The type specific antigen of Pasteurella multocida. *Can. J. of Med. Sc.*, 1952, *30*, p. 48.

CHAMBERLAND et JOUAN. — Les Pasteurella. *Ann. Inst. Pasteur*, 1906, *20*, p. 81.

CLAUDIUS. — Ein fall von akuter tôdlich verlaufeuder Zerebrospinalmeningitis mit eigenthümlicher Pathogenese und wohl bisher unberkannter Ætiologie. *Centralblatt. für Bakt.*, 1924, *93*, p. 519.

COSTE (F.), REILLY (J.), BOUREL (M.) et DEUIL (R.). — Pasteurellose articulaire guérie par l'antigénothérapie. *Rev. rhum. Paris*, 1953, *20*, p. 883.

Debré. — Une bactérie voisine des Pasteurella pathogène pour l'homme. *C.R. soc. de biol.*, 1919, *82*, p. 224.

Coste (F.), Reilly (J.) et Lichtenberg (D.). — Pasteurellose oligo-articulaire d'inoculation intéressant surtout le pied. *Rev. rhum. Paris*, 1955, *22*, p. 131.

Dujardin-Beaumetz (Ed.), Ballet (B.) et Cerbrou (J.). — Pseudotuberculose chez l'homme. *Presse méd.*, 1938, *46*, p. 43.

Dujols (E.). — Les formes malignes ou mortelles des pasteurelloses humaines. Thèse méd. Paris, 1955.

Foerster (W.). — Pasteurella Bakterien als Krankheit serreger beim Menschen. *Klin. Woch.*, 1938, p. 599.

Gaule (R.), Ravry (A.) et Boy (J.). — Pleurésies à Pasteurella. Guérison par les sulfamides. *Bull. et Mém. soc. méd. des hôp. de Paris*, 1943, p. 319.

Girard (G.) et Chevalier (A.). — Classification sérologique de 56 souches de Pasteurella Pseudotuberculosis dont 52 isolées en France. *Ann. Inst. Pasteur*, 1955, *88*, p. 227.

Grecowitz (G.). — Uber einen meningitisserreger aus der Pasteurella Gruppe. *Centralblatt. für Bakt.*, 1929, *113*, p. 210.

Harris (B.), Veazic (L.) et Lehman (W.-L.). — Fatal cerebral abscess caused by Pasteurella multocida. *West. J. Surg.*, 1953, *61*, p. 237.

Hadorn (W.). — Uber einen aetiologischselterre Meningitis form (Pasteurellenmeningitis). *Schweiz. Med. Woch.*, 1938, *68*, p. 655.

Joyeux (Ch.) et Sicé (A.). — Précis de médecine des pays chauds. Un vol. (Masson, édit.), Paris 1950, p. 985.

Kapel et Holm. — Pasteurella infektion beim Menschen nach Katzenbiss. *Centralblatt für Chir.*, 1930, *57*, p. 2900.

Layani (F.) et Durupt (L.). — Tenosynovite subaiguë du poignet à Pasteurella. Guérison rapide par l'antigénothérapie. *Rev. rhum. Paris*, 1955, *22*, p. 128.

Lemierre (A.). — Sur trois maladies consécutives à des morsures de rat. *Les entretiens de Bichat*. (Crépin-Leblond, édit.), Moulins, 1954.

Leng-Lévy (J.) et Conardeau (J.-J.). — Sur un cas de pasteurellose. *J. de Méd. de Bordeaux*, 1955, p. 416.

Lenormand (C.). — Les pasteurelloses humaines par morsures de chat. *Presse Méd.*, 1941, 49, p. 946.

Lévy Brul. — Un cas de méningite à Pasteurella. *Rev. de path. comparée*, 1934, 34, p. 277.

Lévy Brul et Soupault. — Un cas de pasteurellose humaine. Abcès de la main consécutif à une griffure de chat. *Rev. de path. comparée*, 1936, p. 646.

Lewis (M.-L.). — Fatal meningitis with septicemia caused by Pasteurella Multocida. *Ann. J. Clin. Path.*, 1953, 23, p. 241.

Ludlam (G.-B.). — Isolation of Pasteurella septica from appendicular abscess. *J. Path. Bact.*, 1944, 56, p. 307.

Mayer (M.) et Hopple (R.). — Uber einen menslichen infektion mit einen Bakterium aus der Gruppe der hemorragischen Septikâmie. *Centralblatt für Bakt.*, 1923, 90, p. 241.

Pasteur (L.). — Sur le choléra des poules. Etude de la non-récidive de la maladie et quelques autres de ses caractères. *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1880, 9, p. 390.

Reilly (J.) et Tournier (P.). — Les réactions allergiques au cours des pasteurelloses humaines et leur utilisation comme mode de diagnostic. *Bull. Acad. Nat. Méd.*, 1949, 33, p. 512.

Reilly (J.), Tournier (P.) et Bastin (R.). — Les réactions allergiques au cours des pasteurelloses humaines. Leur mise en évidence, leurs manifestations, leur intérêt diagnostique et thérapeutique. *Ann. de Méd.*, 1952, 53, p. 113.

Rimbaud (L.), Lisbonne (M.) et Rimbaud (P.). — Un cas de pleurésie purulente à Pasteurella. *Bull. et Mém. de la Soc. des Hôp. de Paris*, 1931, p. 306.

Rivoalen (A.). — Septicémie mixte causée par un bacille perfringens et un germe du genre Pasteurella. *Bull. Soc. Path. Exot.*, 1936, 29, p. 709.

Séze (S. de), Auquier (L.), François (J.). — Une nouvelle observation de pasteurellose ostéo-articulaire. *Rev. Rhum. Paris*, 1955, p. 690.

Teissier (R.), Gastinel (P.) et Reilly (J.). — Contribution à l'étude des pasteurelloses : à propos d'un cas de pasteurellose humaine. Etude chirurgicale et expérimentale. *J. de Phys. et Path. gén.*, 1922, 20. p. 212.

Vincent (C.). — Le muscle de lapin employé comme hémostatique cérébral peut conférer une pasteurellose mortelle. *Rev. Neur.*, 1930, 32, p. 272.

Weber. — Pasteurellosen beim Menschen nach tierbissen. *Centralblatt für Chir.*, 1941, 68, p. 653.

Worms (R.) et Le Quintec (Y.). — Pasteurellose humaine à forme de cellulite scapulo-cervicale consécutive à une plaie de la main. *Presse Méd.*, 22 janv. 1955, p. 63.

TABLE DES MATIERES

HISTORIQUE 15

BACTERIOLOGIE — EPIDEMIOLOGIE 17

CLINIQUE 23

PATHOGENIE 43

DIAGNOSTIC 47

TRAITEMENT 53

CONCLUSIONS 55

BIBLIOGRAPHIE 59